



LE DOMAINE DE KABY

Agrément VAO : R76-2023-11-09-0006

FICHE D'INSCRIPTION  
À PHOTOCOPIER & À RENVOYER

PHOTO  
D'IDENTITÉ  
RÉCENTE  
OBLIGATOIRE  
POUR  
RECONNAITRE  
LE VACANCIER

MERCI DE REMPLIR EN LETTRE CAPITALE UNIQUEMENT

PARTICIPANT : Niveau d'Autonomie A B

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Sexe : F M  
ADRESSE : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_ TÉL : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
E-MAIL : \_\_\_\_\_ PORTABLE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_  
Régime de Protection Tutelle : oui non // Curatelle : oui non // Allégée : oui non // Renforcée : oui non

SEJOUR SOUHAITE : (intitulé)

Séjour 1 : \_\_\_\_\_ Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Et/ou (rayez la mention inutile)  
Séjour 2 : \_\_\_\_\_ Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Et/ou (rayez la mention inutile)  
Séjour 3 : \_\_\_\_\_ Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Et/ou (rayez la mention inutile)  
Séjour 4 : \_\_\_\_\_ Du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

VILLES ÉTAPES VILLEFRANCHE DE ROUERGUE | RODEZ | FIGEAC | MONTAUBAN | TOULOUSE | ALBI

Souhaitez-vous un convoyage ? (Villes étapes proposées → lieu de séjour, moyennant un supplément de 0.62€/km/trajet)

OUI Ville de lieu de départ : \_\_\_\_\_  
Ville de lieu de retour : \_\_\_\_\_

NON (dans ce cas, vous amenez le vacancier directement sur son lieu de séjour de vacances)

RAPPEL : les vacanciers peuvent être déposés le lendemain du début du séjour et être récupérés la veille de la fin de séjour).

Type de chambre souhaitée (selon disponibilité et séjour)

standard Chambre Fille ou Garçon ( 3 lits simples par chambre + salle de bain + WC)  
ch. de 2 (sup 65€/séjour) Couple, nom du conjoint : \_\_\_\_\_  
Individuelle (sup 99€/séjour)

Capacité à coucher en lit haut ?

OUI NON (supl. de 38€/semaine)

TARIF :

♦ Prix du Séjour : \_\_\_\_\_ €  
♦ Convoyage (nbr de km 0,62 kms) facultatif \_\_\_\_\_ €  
♦ Assurance(s) souhaitée(s) - facultatif  
Voyage/annulation/Multirisque \_\_\_\_\_ €  
♦ Supplément chambre \_\_\_\_\_ €  
TOTAL SEJOUR : \_\_\_\_\_ €

Arrhes à verser à l'inscription ( 30% du montant du séjour + adhésion + assurance si souscrite) à l'ordre LE DOMAINE DE KABY

Chèque  
Virement (RIB indiqué sur le Devis)  
[www.ledomainedekaby.fr](http://www.ledomainedekaby.fr)

Le solde est à régler au plus tard 2 mois avant la date du départ.

Dès réception de la fiche d'inscription + la fiche de connaissance correspondante à l'autonomie indiqué du vacancier, nous vous transmettrons le devis.



NOM ET PRENOM PARTICIPANT : \_\_\_\_\_ AUTONOMIE : \_\_\_\_\_

Séjour choisi : \_\_\_\_\_ DU \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AU \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ADRESSE DE FACTURATION

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

QUALITÉ : \_\_\_\_\_ RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ TÉL. PORTABLE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## COVOITURAGE (convocation avec Lieu et horaires à adresser à...):

Nom de la structure d'accueil : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

QUALITÉ : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## COVOITURAGE (contact pendant les convois)

**N° tél joignable les jours de convoi (7j/7 et 24h/24) :**

Tél. fixe : \_\_\_\_\_

**ET**

Tél. portable : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Si c'est un taxi ou autre transport merci de nous communiquer les informations :**

NOM : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ETABLISSEMENT FRÉQUENTÉ

Nom de la structure : \_\_\_\_\_

Pavillon / Service : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du contact : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. d'astreinte : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## CONTACT DURANT LE SÉJOUR

Nom de la structure : \_\_\_\_\_

Pavillon / Service : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du contact : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tél. d'astreinte : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PERSONNE CHARGÉE DE L'INSCRIPTION

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

TÉL. : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et de séjour, de son déroulement et de les accepter.**

Mention « lu et approuvé »

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature



# LE DOMAINE DE KABY

## Conditions Générales

### A PROPOS

***Le domaine de kaby est une agence spécialiste dans les vacances adaptées et organisées sur mesure.***

Notre immatriculation ATOUT FRANCE agent voyage : **IM012230005**

Nous sommes titulaires d'une garantie financière obtenue auprès de l'**APST** sur la totalité des fonds déposés par nos clients.

"Le domaine de kaby" a souscrit une assurance Responsabilité Civile Professionnelle auprès de Allianz ( **Police n° 62766462** )

#### **Garanties :**

- Responsabilité Civile
- Dommages corporels, matériels et immatériels confondus à hauteur de **10.000.000** euros non indexés par sinistre.



**LE DOMAINE DE KABY**

SIRET : 952 340 024 00019 - IMMATRICULATION ATOUT FRANCE : IM 012230005  
AGRÉMENT VAO : R76-2023-11-09-00006

Tél : 06.46.20.05.48 - [www.ledomainedekaby.fr](http://www.ledomainedekaby.fr)



## Conditions Générales

**1)** Séjours et voyages ouverts à toute personne majeure en situation d'handicap avec un très bon, et bon niveau d'autonomie (voir rubrique « AUTONOMIE A et B »).

Nous nous réservons la possibilité d'interrompre le séjour pour mauvaise information autonomie/séjour choisi, sans aucune indemnité. Dans ce cas, les frais engendrés seront à la charge du vacancier. Merci de nous communiquer toutes nouvelles informations pouvant donner lieu à un changement dans la prise en charge du vacancier.

**2)** Tarifs forfaitaires en fonction de la durée et du contenu. Tout séjour écourté pour quelque cause que ce soit reste intégralement dû (excepté séjours couverts par assurance voyage, selon termes du contrat).

**3)** Réservation ferme à réception de la fiche d'inscription dûment signée (téléchargeable sur notre site internet [www.ledomainedekaby.fr](http://www.ledomainedekaby.fr))

### **4) Conditions de règlement :**

- 30% du montant du séjour d'arrhes + le montant de l'assurance au choix (si souscrite) à la réservation.
- le solde au plus tard 2 mois avant le début du séjour, sans rappel de notre part.

Sauf accord dérogatoire, le vacancier ne sera pas accueilli dans le cas inverse.

### **Paie ment :**

- par chèque bancaire ou postale à l'ordre de **S.A.S LE DOMAINE DE KABY**  
(Merci de nous préciser au dos le nom du bénéficiaire ou le numéro de facture) à nous adresser à l'adresse suivante :  
LE DOMAINE DE KABY - 64, Impasse des Côteau - 12270 SAINT ANDRÉ DE NAJAC

- par virement bancaire : Coordonnées bancaire sur le devis.

### **Paie ments échelonnés :**

Les revenus dont chacun dispose ne sont pas très élevés et sont à gérer au plus juste. Le budget vacances représente une charge importante qu'il convient de planifier longtemps à l'avance. Nous sommes à l'écoute de toute demande d'étalement de règlement.

En l'absence de transmission de la fiche de connaissance dûment signée 2 mois avant le départ, sans rappel de notre part le séjour sera considéré comme annulé par vous et les conditions d'annulation s'appliqueront.

### **5) Une assurance voyage est proposée.**

Prix assurance assistance : sur devis au cas par cas

Prix assurance multirisque : devis au cas par cas

Prix assurance annulation : sur devis au cas par cas

En cas d'annulation ou tout autre sinistre, il convient de :

- contacter l'organisateur par écrit.

Nous vous communiquerons votre numéro d'assuré afin que vous puissiez déclarer le sinistre auprès de l'assurance.

- déclarer votre annulation en ligne : [www.allianztravel.fr](http://www.allianztravel.fr)

### **Pour toute information, vous trouverez ci-joint :**

- Le guide assuré
- Les conditions de souscription
- Les conditions générales avec les exclusions





## Conditions Générales

### 6) Annulation de séjour de votre part :

obligatoirement adressé par lettre recommandée avec A.R. à l'adresse du DOMAINE DE KABY :

Bareme des frais d'annulation : **L'acompte versé de 30% à l'inscription est non remboursable**

- A plus de 45 jours du départ : les arrhes sont dûs.
- Entre 45 et 30 jours : 40 % de frais sur le forfait sont dûs.
- Entre 29 et 10 jours : 60 % de frais sur le forfait sont dûs.
- Entre 9 jours et 48 heures : 90 % de frais sur le forfait sont dûs.
- Entre 47 heures et le départ : 100 % de frais sur le forfait sont dûs.
- Non présentation : 100 %

### 7) Annulation de séjour de notre part :

nous vous proposons un séjour à une autre date ou nous vous remboursons les sommes versées sans aucune autre indemnité.

Dans tous les cas, nous vous avisons 7 jours avant afin de vous permettre un changement de destination ou de séjour exceptionnel.

### 8) Pour la partie sous-traitance de nos forfaits :

nous agissons en qualité d'intermédiaire et ne pouvons être tenus pour responsables des différents aléas indépendants de notre volonté. Aucune indemnisation à quelque titre que ce soit n'est consentie.

### 8bis) Aménagement de durée :

Vous participez à un séjour et vous souhaitez arriver plus tôt et/ou repartir plus tard. C'est possible dans la limite de nos disponibilités restantes à la période souhaitée.

### Coûts supplémentaires au séjour (en formule économique):

- Nuit : 23.50 €
- Petit-déjeuner : 8 €
- Déjeuner : 18 €
- Dîner : 17 €
- Journée d'encadrement et d'activités 75 €.

### 9) Réductions :

- 5 % (avoir déjà participé à l'un de nos séjours). Valable dès le second séjour.
- 10 % dès 10 participants d'un même établissement inscrits en même temps.

### 10) Organisations des séjours :

Nous nous réservons la possibilité, si les circonstances l'exigent et dans l'intérêt des participants, de modifier les lieux de séjours ou l'exécution des programmes.

### 11) Les descriptifs des contenus des séjours sont non contractuels.

### 12) Litiges:

En cas de litiges, les parties reconnaissent la compétence juridique du tribunal administratif de Toulouse.

### 13) Bon déroulement du séjour :

Nous nous réservons le droit de réorienter sur un autre lieu de séjour ou de rapatrier un vacancier qui, de par son comportement, son autonomie, une information dans son dossier non concordante à la situation vécue, pourrait nuire au bon déroulement du séjour et à l'intégrité physique ou morale des autres vacanciers sinon gêner leurs vacances.

**Le vacancier ne pourra alors ne prétendre à aucun remboursement ni indemnité. Les coûts induits lui seront facturés.**



## Conditions Générales

### 14) Papiers obligatoires au séjour :

- Carte vitale (obligatoire hors département d'origine pour remboursement Sécurité Sociale
- Ou carte Européenne d'assurance Maladie
- Carte d'invalidité ( ou photocopie )
- Carte d'identité en cours de validité  
( l'originale) Depuis le 1er janvier 2014, la durée de validité des cartes nationales d'identité (CNI) délivrées aux personnes majeures de 10 à 15 ans. Pour les cartes délivrées entre le 2 janvier 2004 et le 31 décembre 2013, la date d'expiration ne correspond donc pas à la date qui est inscrite sur la carte. Toutefois, tous les pays n'autorisent pas l'entrée sur leur territoire aux personnes titulaires d'une carte portant une date de validité en apparence périmée.
- Passeport en cours de validité

Afin d'éviter tous problèmes à l'embarquement ( bateau et avion ) pouvant nuire considérablement au séjour, nous exigeons que le document indique expressément la date de validité. Dans ce cas demander le renouvellement de la carte d'identité ou de se munir d'un passeport.

### 15) Responsabilités :

- en aucun cas, nous ne pourrions être tenus pour responsable des vols ou perte d'argent, d'effets ou objets personnels non confiés.
- nous ne pourrions être tenus pour responsable des retards de transports, des accidents indépendants de notre volonté ou occasionné par autrui.

### 16) Réclamation :

Toute réclamation devra nous être adressée dans les meilleurs délais et au plus tard 30 jours après le retour du voyage, par lettre recommandée avec accusé de réception.

### 17) Tarifs :

Les tarifs de nos séjours sont prévus avec hébergement en chambres collectives de 3 à 4 lits. Prévoir sous réserve de disponibilités et selon le séjour choisis :

- un supplément de 62€ / semaine / participant pour l'hébergement en chambre double.
- un supplément de 92€ / semaine / participant pour l'hébergement en chambre individuelle.
- un supplément de 36€ / semaine / participant pour ceux dans l'incapacité de coucher en lit "haut".

### 18) Informations " DROIT À L'IMAGE" :

Des photos sur lesquelles les vacanciers peuvent apparaître, sont régulièrement prises durant nos séjours et nos activités. Nous pouvons les utiliser à des fins publicitaires sur nos différents support promotionnels. Vous nous y autorisez.



## Conditions Générales

### TRAITEMENT MEDICAL

Par mesure de sécurité, LE DOMAINE DE KABY demande que les traitements médicaux soient fournis au responsable du séjour dans un pilulier, par semaine de séjour, accompagné de l'attestation de remplissage de pilulier fournie.

La non-observation de cette règle entraîne la facturation au vacancier du remplissage des piluliers par une infirmière Diplômée d'État.

Les médicaments de type crème, gouttes, sirops, sachets, sont fournis dans une trousse à part, dans leurs emballages d'origine.

Chaque médicament (dans ou hors pilulier) est justifié par une ordonnance originale en cours de validité.

Le traitement médical du jour d'arrivée est fourni à part, en mains propres, au responsable du séjour ou au responsable du voyage.

Les séjours ne sont pas médicalisés. Les vacanciers y participant doivent être médicalement stabilisés.

Des besoins d'intervention infirmiers quotidiens peuvent entraîner, pour des raisons d'organisation, un refus d'inscription de la part du DOMAINE DE KABY.

### UTILISATIONS DES LIEUX

Le signataire reconnaît que cette location ne lui est consentie qu'à titre de résidence de plaisance provisoire. En effet, seuls les locaux sont mis à disposition avec meubles, literies, draps et couvertures, sans linge de toilette.

Le nettoyage des chambres est inclus pendant la durée de son séjour.

En cas de dégradation, le coût des réparations incombent intégralement au signataire.

Le signataire, veille à ne pas troubler la tranquillité de l'ensemble du centre et du voisinage.

### REGLEMENT DU SOLDE

Le solde du séjour doit être versé sur présentation de la facture.

Tout retard occasionne des pénalités selon les intérêts légaux suivant la Loi RNE du 15 mai 2001.

**FACTURE :** Une facture acquittée vous sera adressée, une fois que le total sera payé.

Date et signature précédée de la mention " lu et approuvé ":



## Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise LE DOMAINE DE KABY  
\_\_\_\_\_ dont le siège est situé au  
\_\_\_\_\_ [Adresse de la structure] et ses prestataires techniques à réaliser des  
prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors de évènement  
Du \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_ [Date Séjour].

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ en deux exemplaires.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »



**LE DOMAINE DE KABY**

SIRET : 952 340 024 00019 - IMMATRICULATION ATOUT FRANCE : IM 012230005  
AGRÉMENT VAO : R76-2023-11-09-00006

Tél : 06.46.20.05.48 - [www.ledomainedekaby.fr](http://www.ledomainedekaby.fr)



LE DOMAINE DE KABY

# DOSSIER MÉDICAL

( A remplir par le médecin traitant )

**PHOTO  
OBLIGATOIRE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de résidence habituel :

## ATTENTION

Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles

### PRESCRIPTION MÉDICALE EN COURS

( joindre l'ordonnance avec le pillulier rempli )

| PRESCRIPTION                         | MATIN | MIDI | 16H00 | SOIR | COUCHER |
|--------------------------------------|-------|------|-------|------|---------|
| MEDICAMENT 1 :<br>DOSES PRESCRITES : |       |      |       |      |         |
| MEDICAMENT 2 :<br>DOSES PRESCRITES : |       |      |       |      |         |
| MEDICAMENT 3 :<br>DOSES PRESCRITES : |       |      |       |      |         |
| MEDICAMENT 4 :<br>DOSES PRESCRITES : |       |      |       |      |         |
| MEDICAMENT 5 :<br>DOSES PRESCRITES : |       |      |       |      |         |
| MEDICAMENT 6 :<br>DOSES PRESCRITES : |       |      |       |      |         |
| MEDICAMENT 7 :<br>DOSES PRESCRITES : |       |      |       |      |         |

NON DU MÉDECIN :  
ADRESSE :  
N° TEL :

CACHET  
SIGNATURE



LE DOMAINE DE KABY

SIRET : 952 340 024 00019 - IMMATRICULATION ATOUT FRANCE : IM 012230005  
AGRÉMENT VAO : R76-2023-11-09-00006

Tél : 06.46.20.05.48 - [www.ledomainedekaby.fr](http://www.ledomainedekaby.fr)





Fiche à renvoyer dûment complétée et signée à : **LE DOMAINE DE KABY** par Mail : [contact@ledomainedekaby.fr](mailto:contact@ledomainedekaby.fr)



Rappel : avant de remplir ce document, assurez vous que les capacités d'autonomie (et comportementales) de votre protégé correspondent au séjour choisi il en relève de votre responsabilité. Véhicules, locaux et matériels ne sont ni aménagés, ni médicalisés.

**Nous nous réservons le droit de refuser un vacancier dont l'autonomie serait jugée non conforme aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place pour le séjour, et ce, à n'importe quel moment.**

|                                   |       |                                                                                                        |
|-----------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOM et Prénom du Vacancier</b> | ..... | <b>FICHE DE CONNAISSANCE</b><br><b>Autonomie A</b><br><div>Impossible pour ce niveau d'autonomie</div> |
| <b>Destination / dates</b>        | ..... |                                                                                                        |

| AUTORISATIONS                                                                                                                                                     | OUI | NON |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| • <b>Sorties</b>                                                                                                                                                  |     |     |
| Seul (sans accompagnateur)                                                                                                                                        |     |     |
| En petit groupe (sans accompagnateur )                                                                                                                            |     |     |
| Seul après un repérage des lieux                                                                                                                                  |     |     |
| Sait s'orienter dans un lieu inconnu                                                                                                                              |     |     |
| Traverse la chaussée sans danger                                                                                                                                  |     |     |
| Sait demander son chemin                                                                                                                                          |     |     |
| • <b>Traitements médicaux</b>                                                                                                                                     | OUI | NON |
| A-t-il un traitement médical ?                                                                                                                                    |     |     |
| Gère-t-il ses médicaments ?                                                                                                                                       |     |     |
| A-t-il des soins médicaux à réaliser par une IDE durant le séjour ? (*) Si oui, merci de faire parvenir une ordonnance 1 mois avant le séjour<br>Précisez : ..... |     |     |
| • <b>Baignade</b>                                                                                                                                                 | OUI | NON |
| Sait nager                                                                                                                                                        |     |     |
| Si oui autorise le vacancier à se baigner sans surveillance                                                                                                       |     |     |
| • <b>Argent de poche</b>                                                                                                                                          | OUI | NON |
| A la valeur de l'argent                                                                                                                                           |     |     |
| Gère son argent                                                                                                                                                   |     |     |
| • <b>Sexualité</b>                                                                                                                                                | OUI | NON |
| Gère sa sexualité                                                                                                                                                 |     |     |
| Moyen de contraception ?<br>Si oui, lequel : .....                                                                                                                |     |     |
| • <b>Vêtements</b>                                                                                                                                                | OUI | NON |
| Gère ses vêtements seul                                                                                                                                           |     |     |
| Reconnait ses vêtements                                                                                                                                           |     |     |

| VIE QUOTIDIENNE                                                                                            | Seul | Stimulation verbale | Guidance gestuelle |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------------|--------------------|
| • <b>Alimentation</b>                                                                                      |      |                     |                    |
| Mange                                                                                                      |      |                     |                    |
| Boit                                                                                                       |      |                     |                    |
|                                                                                                            |      | OUI                 | NON                |
| Risque de fausse route                                                                                     |      |                     |                    |
| Faut-il une alimentation mixée                                                                             |      |                     |                    |
| Faut-il une alimentation coupée fin                                                                        |      |                     |                    |
| <b>Régime alimentaire :</b><br>si oui précisez lequel et fournir le protocole :<br><b>Précisez :</b> ..... |      | OUI                 | NON                |
| Potomie                                                                                                    |      |                     |                    |
| <b>Trouble alimentaire :</b> .....                                                                         |      |                     |                    |
| <b>Allergie alimentaire :</b> .....                                                                        |      |                     |                    |

| • Toilette          | Seul | Stimulation verbale | Guidance gestuelle |
|---------------------|------|---------------------|--------------------|
| Fait sa toilette    |      |                     |                    |
| Se lave les dents   |      |                     |                    |
| Se lave le dos      |      |                     |                    |
| Se lave les cheveux |      |                     |                    |
| S'habille           |      |                     |                    |
| Se déshabille       |      |                     |                    |
| Se rase / se coiffe |      |                     |                    |
| Se chausse          |      |                     |                    |
| Va aux toilettes    |      |                     |                    |

| RELATION AVEC | B | R | TA | I |
|---------------|---|---|----|---|
| Vacanciers    |   |   |    |   |
| Encadrement   |   |   |    |   |
| Hommes        |   |   |    |   |
| Femmes        |   |   |    |   |
| Enfants       |   |   |    |   |
| Inconnus      |   |   |    |   |
| Animaux       |   |   |    |   |

| ADDICTIONS                                  | O | N | P |
|---------------------------------------------|---|---|---|
| Tabac nombre de cigarettes par jour : ..... |   |   |   |
| Alcool                                      |   |   |   |
| Café                                        |   |   |   |
| Nourriture                                  |   |   |   |
| Autres, précisez : .....                    |   |   |   |

O = Oui / N=Non / P = Partiellement / B = Bon / R = Réserve / TA = Très affectueux / I = Isolé / ST = Stabilisé

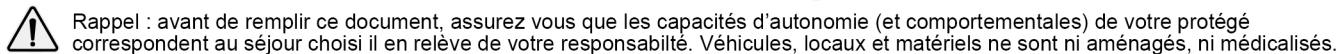
|                                                   |     |     |
|---------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>ÉNURÉSIE</b> Si oui, prévoir les protections   | OUI | NON |
| Énurésie nocturne                                 |     |     |
| Énurésie diurne                                   |     |     |
| <b>ENCOPRÉSIE</b> Si oui, prévoir les protections | OUI | NON |
| Encoprésie nocturne                               |     |     |
| Encoprésie diurne                                 |     |     |

| • Communication          | Seul | Stimulation verbale | Guidance gestuelle |
|--------------------------|------|---------------------|--------------------|
| Parle                    |      |                     |                    |
| Comprend                 |      |                     |                    |
| Sait se faire comprendre |      |                     |                    |
| Sait lire                |      |                     |                    |
| Sait écrire              |      |                     |                    |
| Sait lire l'heure        |      |                     |                    |
| Voit                     |      |                     |                    |
| Entend                   |      |                     |                    |





Fiche à renvoyer dûment complétée et signée à : **LE DOMAINE DE KABY** par Mail : [contact@ledomainedekaby.fr](mailto:contact@ledomainedekaby.fr)



**Nous nous réservons le droit de refuser un vacancier dont l'autonomie serait jugée non conforme aux conditions d'accueil et d'accompagnement mises en place pour le séjour, et ce, à n'importe quel moment.**

|                                                                                                                                                                  |  |      |                     |                                                                                                 |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| NOM et Prénom du Vacancier                                                                                                                                       |  |      |                     | FICHE DE CONNAISSANCE<br><b>Autonomie B</b><br><div>Impossible pour ce niveau d'autonomie</div> |   |
| Destination / dates                                                                                                                                              |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| AUTORISATIONS                                                                                                                                                    |  | OUI  | NON                 |                                                                                                 |   |
| • Sorties                                                                                                                                                        |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Seul (sans accompagnateur)                                                                                                                                       |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| En petit groupe (sans accompagnateur )                                                                                                                           |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Seul après un repérage des lieux                                                                                                                                 |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Sait s'orienter dans un lieu inconnu                                                                                                                             |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Traverse la chaussée sans danger                                                                                                                                 |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Sait demander son chemin                                                                                                                                         |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| • Traitements médicaux                                                                                                                                           |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| A-t-il un traitement médical ?                                                                                                                                   |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Gère-t-il ses médicaments ?                                                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| A-t-il des soins médicaux à réaliser par une IDE durant le séjour ? (*)Si oui, merci de faire parvenir une ordonnance 1 mois avant le séjour<br>Précisez : ..... |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| • Baignade                                                                                                                                                       |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Sait nager                                                                                                                                                       |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Si oui autorise le vacancier à se baigner sans surveillance                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| • Argent de poche                                                                                                                                                |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| A la valeur de l'argent                                                                                                                                          |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Gère son argent                                                                                                                                                  |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| • Sexualité                                                                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Gère sa sexualité                                                                                                                                                |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Moyen de contraception ?<br>Si oui, lequel : .....                                                                                                               |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| • Vêtements                                                                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Gère ses vêtements seul                                                                                                                                          |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Reconnait ses vêtements                                                                                                                                          |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| RELATION AVEC                                                                                                                                                    |  | B    | R                   | TA                                                                                              | I |
| Vacanciers                                                                                                                                                       |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Encadrement                                                                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Hommes                                                                                                                                                           |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Femmes                                                                                                                                                           |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Enfants                                                                                                                                                          |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Inconnus                                                                                                                                                         |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Animaux                                                                                                                                                          |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Addictions                                                                                                                                                       |  | O    | N                   | P                                                                                               |   |
| Tabac nombre de cigarettes par jour : .....                                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Alcool                                                                                                                                                           |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Café                                                                                                                                                             |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Nourriture                                                                                                                                                       |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Autres, précisez : .....                                                                                                                                         |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| O = Oui / N=Non / P = Partiellement / B = Bon / R = Réservé / TA = Très affectueux / I = Isolé / ST = Stabilisé                                                  |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| VIE QUOTIDIENNE                                                                                                                                                  |  | Seul | Stimulation verbale | Guidance gestuelle                                                                              |   |
| • Alimentation (ATTENTION PAS D'AIDE)                                                                                                                            |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Mange                                                                                                                                                            |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Boit                                                                                                                                                             |  |      |                     |                                                                                                 |   |
|                                                                                                                                                                  |  |      | OUI                 | NON                                                                                             |   |
| Risque de fausse route                                                                                                                                           |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Faut-il une alimentation mixée                                                                                                                                   |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Faut-il une alimentation coupée fin                                                                                                                              |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Régime alimentaire :<br>si oui précisez lequel et fournir le protocole :<br>Précisez : .....                                                                     |  |      | OUI                 | NON                                                                                             |   |
| Potomie                                                                                                                                                          |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Trouble alimentaire : .....                                                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Allergie alimentaire : .....                                                                                                                                     |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| • Toilette (ATTENTION PAS D'AIDE)                                                                                                                                |  | Seul | Stimulation verbale | Guidance gestuelle                                                                              |   |
| Fait sa toilette                                                                                                                                                 |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Se lave les dents                                                                                                                                                |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Se lave le dos                                                                                                                                                   |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Se lave les cheveux                                                                                                                                              |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| S'habille                                                                                                                                                        |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Se déshabille                                                                                                                                                    |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Se rase / se coiffe                                                                                                                                              |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Se chausse                                                                                                                                                       |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Va aux toilettes                                                                                                                                                 |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| ÉNURÉSIE Si oui, prévoir les protections et doit savoir gérer le change seul                                                                                     |  |      | OUI                 | NON                                                                                             |   |
| Énurésie nocturne. Fréquence des changes : .....                                                                                                                 |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Énurésie diurne. Fréquence des changes : .....                                                                                                                   |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| ENCOPRÉSIE Si oui, prévoir les protections                                                                                                                       |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Énurésie nocturne. Fréquence des changes : .....                                                                                                                 |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Énurésie diurne. Fréquence des changes : .....                                                                                                                   |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| • Communication                                                                                                                                                  |  | Seul | Stimulation verbale | Guidance gestuelle                                                                              |   |
| Parle                                                                                                                                                            |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Comprend                                                                                                                                                         |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Sait se faire comprendre                                                                                                                                         |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Sait lire                                                                                                                                                        |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Sait écrire                                                                                                                                                      |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Sait lire l'heure                                                                                                                                                |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Voit                                                                                                                                                             |  |      |                     |                                                                                                 |   |
| Entend                                                                                                                                                           |  |      |                     |                                                                                                 |   |



# LE DOMAINE DE KABY

LE DOMAINE DE KABY

64 impasse des Côteaux  
12270 Saint André de Najac  
tel : 06 46 20 05 48

## CONSIGNES GÉNÉRALES

Le jour du départ



J'ai mis les **étiquettes bagages** sur ma valise et sur mon sac à dos



### J'AI MIS DANS MON SAC À DOS :



1 petite bouteille d'eau



Des vêtements de rechange si j'en ai besoin



Les médicaments pour la journée



Ma convocation voyage

Si je suis convoqué-e **avant 13h00**



Je prends un pic-nic

Si je suis convoqué-e **après 13h00**

Je mange et je prends mes  
médicaments de midi avant de venir



Je prends ma carte d'identité  
**en cours de validité.**

Et si je le souhaite je  
peux la confier à un animateur.



Je prends ma carte  
**VITALE** au cas où !



Je prends mon **argent de poche**  
(Nous vous conseillons  
entre 15 et 30 euros  
par semaine de vacances)

Sur le lieu de départ



### Quand j'arrive, je donne à l'animateur :

Le semainier rempli de mon traitement nécessaire pour tout le séjour  
1 ordonnance de renouvellement de mon traitement de moins de 3 mois  
1 photocopie de l'attestation de sécurité sociale

## CONSIGNES GÉNÉRALES

1 mois avant le départ 



Si j'ai quelques choses de particulier à signaler !

*Bien entendu   
Cela restera entre nous !*



Je peux l'exprimer en appelant le **DOMAINE DE KABY**  
au **06.46.20.05.48**



ou en envoyant un courrier en expliquant  
les points importants à retenir



Si je suis **épileptique**,  
J'envoie mon **certificat médical**   
**NON CONTRE INDICATION À LA BAIGNADE**



Si pendant le séjour,  
**J'ai besoin d'une infirmière** (diabète, injection,...)  
J'envoie l'**ordonnance** à **DOMAINE DE KABY** 

tous les documents sont à envoyés à l'adresse suivante

**LE DOMAINE DE KABY**  
64 impasse des Côteaux - 12270 Saint André de Najac